

9. Шано, В. Синдром эндогенной интоксикации / В. Шано, Е. Кучер // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2011. – № 1. – С. 35–41.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Несмотря на прогресс, достигнутый в выхаживании недоношенных, физическое развитие детей, родившихся раньше срока с низкой и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), при динамическом наблюдении за ними в первые месяцы их жизни существенно ниже показателей, характерных для здорового плода во внутриутробном периоде в аналогичные гестационные периоды. В настоящее время, по данным большинства зарубежных клиник, к моменту выписки из стационара количество недоношенных детей, имеющих антропометрические показатели ниже 10-го центильного коридора, составляет около 35%, а среди детей с ЭНМТ – 75 – 90%, тогда как при рождении малыши к сроку гестации являются только 18% детей с ЭНМТ [1,3]. Доля детей, отстающих на 2 сигмальных отклонения от нормы, за время пребывания в стационаре возрастает с 14 до 55% [3]. Доля детей, отстающих от нормальных темпов физического развития, нарастает даже при скорости роста 19 г/кг массы тела в сутки [2]. Во многом это обусловлено несоответствием назначаемого энтерального и парентерального питания физиологическим потребностям ребенка.

Термины «сбалансированное» и «правильно организованное питание» означают, что назначение каждого из компонентов питания должно основываться на потребностях ребенка в данном ингредиенте с учетом особых потребностей данного конкретного ребенка, что соотношение ингредиентов питания должно способствовать формированию правильного метаболизма, а технология назначения питания – полноценному усвоению.

Потребность ребенка в каждом из компонентов пищи определяется количеством, необходимым для поддержания жизнедеятельности организма (расход на основной обмен, поддержание температуры тела, активность, энергетические затраты на синтез), величиной потерь с экскрецией и количеством, необходимым для синтеза новых тканей – то есть роста. Потребность в белке может быть определена как на основании особенностей белкового обмена у недоношенных новорожденных (факториальный подход), так и на основании изучения клинических исходов потребления конкретных доз белка [2,3].

Цель. Изучить частоту задержки роста глубоко недоношенных детей по отношению к норме, а также динамику веса этих пациентов при различных вариантах питания и терапии.

Материал и методы. В ходе исследования под нашим наблюдением находилось 102 недоношенных ребенка со сроком гестации 26 – 30 недель ($28,92 \pm 0,26$). Дети находились на обследовании и лечении в педиатрическом отделении для недоношенных детей (II этап выхаживания), куда переводились из роддомов г. Витебска и ЦРБ области на 8 – 39 ($18,96 \pm 1,34$) сутки жизни. Все дети были обследованы клинически и лабораторно. При этом анализ антенатального развития детей обследованной группы показал, что у всех из них имело место осложненное течение внутриутробного периода. Пациенты исследуемой группы при рождении имели вес 810 – 1870 г ($1212,52 \pm 60,00$), рост 30 – 43 см ($38,12 \pm 0,67$), окружность головы 24 – 31 см ($27,27 \pm 0,36$), окружность груди 20 – 28 см ($24,46 \pm 0,40$), оценку по шкале Апгар на первой минуте жизни от 1 до 7 баллов. Всем 100% детям с рождения проводилась ИВЛ, длительность которой варьировала от 12 часов до 23 суток.

В клинической картине у обследованных детей доминировали признаки поражения ЦНС, причем ведущим явился синдром угнетения. Наряду с поражением ЦНС, наиболее часто в патологический процесс вовлекалась система органов дыхания, у ряда пациентов имела место инфекционная патология без уточненной локализации. У обследованных детей также отмечались неонатальная желтуха, вторичная кардиопатия, функционирующее овальное окно, ретинопатия недоношенных. Всем детям проводилась терапия согласно выставленным диагнозам в соответствии с отраслевыми стандартами.

Результаты и обсуждения. Пациенты исследуемой группы были разделены на соответствующих сроку гестации по массе и росту к моменту рождения (подгруппа 1) и несоответствующих (подгруппа 2). При этом подавляющее большинство детей (82%) соответствовали гестационному возрасту. В дальнейшем мы выяснили, что дети из первой подгруппы в неонатальном периоде имели плоскую или положительную весовую кривую, в то время как дети из второй подгруппы – чаще отрицательную. Так же была выявлена закономерная связь раннего назначения парентерального питания и быстрого набора веса как среди всех новорожденных. При назначении пациентам карнитина в схеме терапии также отмечалась положительная динамика веса в обеих подгруппах. Комбинированное назначение обоих способов терапии не приводило к усилению эффекта. Дети, которые не получали парентерального питания и нестероидной анаболической терапии характеризовались отрицательной весовой кривой.

Выводы:

1. В 82% случаев дети, рожденные в сроке гестации до 30 недель, соответствуют развитию по массе и росту.

2. Всем глубоко недоношенным детям необходимо проводить коррекцию белково-энергетической недостаточности.

3. Наиболее эффективными способами коррекции БЭН у новорожденных является частичной парентеральное питание и применение нестероидных анаболических средств (карнитин).

Литература:

1. Дорофеева, А. Б. Физическое развитие недоношенных новорожденных в условиях стационара / А. Б. Дорофеева, Е. В. Глупанова, Е. Г. Гетия // Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии : материалы IX Рос. конгр. – 2010. – С. 185–187.

2. Николаева, Е. А. Недостаточность карнитина у детей с наследственными болезнями обмена веществ и митохондриальными заболеваниями: особенности патогенеза и эффективность лечения / Е. А. Николаева, М. Н. Харабадзе // Педиатрия. – 2013 – № 92 (3). – С. 42–49.

3. Николаева, Е. А. Основные способы медикаментозного лечения детей с митохондриальными заболеваниями / Е. А. Николаева, С. В. Семячкина, С. Ц. Васильев // Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии «Клиническая генетика» / под ред. А. Д. Царегородцева, В. А. Таболина. – М. : Медпрактика, 2002. – С. 32–44.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е., Лысенко И.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Одной из актуальных проблем выхаживания недоношенных детей является профилактика и лечение анемии. Наиболее частым её вариантом является ранняя анемия недоношенных, которая развивается, по данным разных авторов, у 65 – 95% детей менее 30 недель гестации на 2 – 10 неделях жизни [1,4]. Основными причинами развития ранней анемии недоношенных являются неадекватно низкая продукция эритропоэтина, быстрое увеличение объема циркулирующей крови на фоне большей скорости прироста массы тела по сравнению с доношенными, укороченное время жизни эритроцитов, замедленное переключение синтеза с фетального гемоглобина на гемоглобин взрослого типа, неблагоприятные факторы анте- и постнатального периода, перинатальные кровопотери [2,3]. У детей с низкой и экстремально низкой массой тела, с отягощенным течением перинатального периода ранняя анемия недоношенных принимает особенно тяжелое течение и может привести к таким последствиям, как хроническая гипоксия, метаболический ацидоз, задержка в увеличении массы тела, апноэ, бради- или тахикардия, длительное персистирование артериального протока. Это позволяет трактовать раннюю анемию недоношенных как